

医療福祉費支給申請書										
公費負担者番				受給者氏名						
受給者番号				生年月日		年 月 日				
医療機関等の所在地及び名称又は氏名										
医療等の内容		医科・歯科・調剤・柔整・輸血 訪問看護ステーション・補装具 その他()			医療等を受けた期間		年 月 日から 年 月 日まで			
医療機関等で支払った金額 (医療保険各法の一部負担の額)				円						
上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。 また、高額療養費及び高額介護合算療養費のうち、鹿嶋市医療福祉費支給に関する条例第4条第3項の規定により算出された額の受領を委任します。なお、受領した高額療養費及び高額介護合算療養費については、貴市が保険医療機関等に支払う当該療養に係る医療費に充当することに同意します。 年 月 日 鹿嶋市長 様 申請者 住所 (受給者又は 氏名 保護者等) 電話										
受取口座	金融機関 ・ 支店			種類	口座番号				名義(カタカナ)	
	銀行 金庫 組合 支店			普通 ・ 当座						
(注) 1 添付書類 ① 医療機関等、指定訪問看護事業者又は保険医療機関等以外の者が発行する領収書又は診療明細書若しくは調剤明細書 ② 国民健康保険法、高齢者医療確保法又は社会保険各法の保険者若しくは共済組合が発行する療養費、高額療養費又は附加給付金の支給証明書 2 申請者が医療機関等、指定訪問看護事業者又は保険医療機関等以外の者に支払った金額から外来自己負担金額、入院自己負担金額、他法による公費負担額、高額療養費等を控除した額が支給されます。 3 ※欄は、市町村で記入します。										
※支給内訳	領収書等の金額			患者負担割合金額						
	円			① 円		② 円		③ 円		
	控除額内訳	外来・入院自己負担金額		円		附加給付額		円		
		他法公費負担額		円		その他		円		
		高額療養費		円		控除額計 ④		円		
交付決定額			① + ② + ③ - ④ 円							